

Neue Wege der Praxis: Soziale Arbeit in der Hausarztmedizin

Wenngleich noch um Anerkennung gerungen wird, konnte sich die Soziale Arbeit in diversen Bereichen der Gesundheitsversorgung etablieren. Soziale Arbeit in der Hausarztmedizin hingegen übersteigt noch immer die Vorstellungskraft vieler Fachleute. Grund genug, dem neuen Arbeitsfeld auf die Spur zu gehen – mit erstaunlichem Resultat.



Manuela Grieb
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
manuela.grieb@bfh.ch



René Rüegg
Wissenschaftlicher Mitarbeiter
rene.ruegg@bfh.ch



Prof. Dr. Christoph Gehrlach
Leiter Schwerpunkt Soziale Organisation
christoph.gehrlach@bfh.ch

Es scheint logisch, dass bei verschiedensten Beschwerden als erstes die Hausärztin oder der Hausarzt kontaktiert wird. Für viele Menschen ist diese medizinische Fachperson eine wichtige Vertrauens- und Ansprechperson, nicht zuletzt weil sich die Beziehung zu ihr über mehrere Jahre hinweg entwickelt hat (Loisl & Puchner, 2005, S. 30). Doch die Anzahl der Hausärzte nimmt ab, wohingegen die Anzahl Konsultationen steigt. Dadurch wird die Dauer der Sprechstunden kürzer (Cerny et al., 2016, S. 620). Gleichzeitig nehmen auch die staatlichen Gesundheitskosten und damit die Krankenkassenprämien für die privaten Haushalte stetig zu (Froidevaux & Kilchenmann, 2016, S. 13). Das System gelangt an seine Grenzen und es drängen sich Fragen auf, zum Beispiel wie es entlastet, wie die Zeit der Fachpersonen besser genutzt oder den Anliegen der Patientinnen und Patienten besser entsprochen werden kann. Dass Entlastung, Effizienz und Patientenorientierung sich nicht ausschliessen müssen, wird im Folgenden am Beispiel der Sozialen Arbeit in der Hausarztmedizin aufgezeigt.

Soziale Arbeit in der Hausarztmedizin

Die Soziale Arbeit in der Medizin zu platzieren, ist keine neue Entwicklung, liegen ihre Wurzeln doch bereits in der Gesundheits- und Armenfürsorge Ende des 19. Jahrhunderts. Im Laufe des 20. Jahrhunderts löste sich diese Verschränkung allmählich auf. Die Medizin wandte sich einem naturwissenschaftlichen Verständnis zu und klammerte das «Soziale» aus ihrem Zuständigkeitsbereich aus (Rogers & Pilgrim, 2011). Diese Abspaltung ist eigentlich verwunderlich, weil die Ziele

der beiden Disziplinen «Wohlbefinden» und «Funktionieren im lebensweltlichen Alltag» gar nicht so unterschiedlich sind. Zumindest für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist schon länger klar: Ein ganzheitlicher und interdisziplinärer Gesundheitsfürsorgeansatz bezieht selbstverständlich auch die Soziale Arbeit ein (Butrym, 1989, S. 26).

Trotz vieler Berührungspunkte mit der Medizin ist die Soziale Arbeit eine «eher tolerierte als anerkannte Profession, die in der (...) von einem biomedizinischen Verständnis von Gesundheit dominierten Praxis des Gesundheitswesens oftmals wenig beachtet wird» (Friedli 2016). Dies zu Unrecht, wie verschiedene Studien zeigen. Gerade im hausärztlichen Praxisalltag sind soziale Probleme Themen, mit denen Ärztinnen und Ärzte wöchentlich oder gar täglich konfrontiert werden (Zimmermann et al., 2018; Joos & Jobst, 2014). Obwohl die Soziale Arbeit in der Grundversorgung bereits in den 1920er Jahren diskutiert wurde (Lymbery, 1998, S. 201-202) und beispielsweise in Kanada und England auch in der Primärversorgung zu sogenannten interprofessional care teams gehören, ist die Soziale Arbeit in der Schweiz in der Gesundheitsversorgung kaum verankert. Welches Potential dahinter steckt, wurde in einer Schweizer Arztpraxis mit Pioniercharakter ausgelotet.

Fehlendes soziales Know-how als Auslöser

Die Praxis Salutomed in Zollikofen hat sich der BFH für Interviews zum Thema zur Verfügung gestellt. Seit 2013 gehört neben dem ärztlichen Leiter, Michael Deppler, weiteren Hausärztinnen, medizinischen Praxisassistentinnen, einer Psychiaterin und Psychologinnen ►



Ein ganzheitlicher Gesundheitsfürsorgeansatz bezieht die Soziale Arbeit mit ein.

auch ein Sozialarbeiter, Bernhard Gerber, zum Praxisteam. Gerber wird, wie die medizinischen Assistentinnen, von der Gemeinschaftspraxis bezahlt. Ausschlaggebend für die Anstellung eines Sozialarbeiters waren soziale Fragen, bei denen das Team wiederholt an Grenzen gestossen ist. Deppeler beschreibt die Situation von 2013 folgendermassen:

«Das Medizinische und das Psychologische hatten wir abgedeckt, aber im Sozialen gab es Lücken. Zudem war es mit den sozialen Diensten der Gemeinde häufig relativ schwierig. Einerseits hatten diese meist Bedenken bezüglich Datenschutz und andererseits hatten die Sozialarbeiter eigentlich immer auch zwei Hüte an. Sie konnten nicht ausschliesslich für den Patienten oder die Patientin da sein, sondern mussten auch die Vorgaben der Gemeinde oder der SKOS erfüllen. Plötzlich ist die Idee aufgetaucht: Wie wäre es mit einem Sozialarbeiter zusammenzuarbeiten? Das ist genau das, was fehlt – probieren wir es einmal.»

Der Sozialarbeiter habe sich dann rasch etabliert. Als Teilnehmer an regelmässigen Besprechungen, Supervision und Fallbesprechungen «(...) hatten wir plötzlich einen Fachmann am Tisch, der auch die sozialen Fragen beantworten konnte. Früher musste man sagen, dass wir erst mal nachfragen müssen. Wir wissen es nicht.» Durch eine gemeinsame, ganzheitliche, ressourcen- und lösungsorientierte Grundhaltung habe sich die Arztpraxis insbesondere für komplexe Fälle einen Namen gemacht.

«Es hat wirklich dazu geführt, dass auch die jüngeren Hausärztinnen und Hausärzte der Praxis und unsere Studierenden sensibler hingehört haben, ob es soziale Probleme gibt. Denn gerade bei langwierigen und aufwändigen Fällen mit unklaren Beschwerden ist fast immer ein biopsychosoziales Problem vorhanden – entweder als Ursache oder als Folge.»

Niederschwellige Überweisung – breites Angebot

Die Überweisung zum Sozialarbeiter läuft nach gewohnter hausärztlichen Manier: Mit der Einwilligung der Patientin oder des Patienten wird ein Überweisungsformular ausgefüllt, das den Sozialarbeiter über Problemlage, Fragestellung und Dringlichkeit informiert. So einfach die Überweisung geregelt ist, so wichtig sind persönliche Aspekte. Eine Patientin mit wiederholt negativen Erfahrungen mit externen Sozialberatungen meint beispielsweise: «Er [der Hausarzt, a.d.R.] hat mir gesagt, ich könne Vertrauen haben zu Herrn Gerber. Das war das Ausschlaggebende. Es musste für mich nicht unbedingt ein Arzt sein, aber eine Vertrauensperson.»

In diesem Fall war die Vermittlung innerhalb der Gruppenpraxis deutlich einfacher als eine externe Lösung: «Da hatte ich nicht das Gefühl, ich bin dem ausgeliefert, sondern, das gehört zur Behandlung und da schaut man mal.» In einer Einzelpraxis hingegen «(...) ist für mich der grosse Unterschied, dass die Überzeugungsarbeit grösser sein muss (...). Dass der Arzt sich mehr engagieren muss, bis ich einen Schritt auf eine andere Person [einen externen Sozialarbeitenden a.d.R.] zu mache.»

Am häufigsten würden Patientinnen und Patienten im Erwerbsalter die sozialarbeiterischen Beratungen nutzen, speziell Menschen mit Migrationshintergrund, sagt Gerber. Diesbezüglich spiele der Sozialarbeiter eine wichtige Rolle, da Migrantinnen und Migranten eher wenig Vertrauen in Institutionen hätten. Sie benötigten jemanden, der entschleunige und Komplexität reduziere. Gerade wenn die Kommunikation erschwert sei, helfe der Sozialarbeiter «zu übersetzen und zu vernetzen». Vereinzelt kämen auch Menschen im Pensionsalter. Sie berate er häufig zu Renten- und Sozialversicherungsfragen. Weiter biete er Informationen und Abklärungen zum Sozialversicherungs- und Arbeitsrecht, Unterstützung bei Geldnöten und Schulden sowie Coaching.

Oftmals komme sein Sozialarbeiter zum Zug, wenn niemand zuständig sei, sagt Deppeler, bei spezifischeren Fragen vermittele er weiter. Für die Patientinnen und Patienten eröffne er oft auch eine zweite Option, stellt der Arzt fest. Als unabhängige Stelle schaffe er es, den Patientinnen und Patienten die verschiedenen Möglichkeiten aufzuzeigen und gebe ihnen Sicherheit, dass alle Hilfsmöglichkeiten ausgeschöpft werden: «Und mit Herrn Gerber habe ich gelernt: es gibt immer – wie in der Medizin auch – verschiedene Lösungen. Der Patient muss drei, vier Möglichkeiten vor sich haben, damit er die für ihn persönlich beste Lösung findet.»

Mehr Zeit für Medizinisches

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird von Depplers Arztkolleginnen in der Praxis sehr geschätzt. Eine Ärztin ist überzeugt, dass Patientinnen und Patienten mit sozialen Schwierigkeiten dadurch besser betreut werden: «Die Dinge, die ich erkenne, sind meistens nicht alle Faktoren, sondern ich erkenne vielleicht etwas.» Dieses «Etwas» sei vielleicht die drohende Wohnungskündigung, ein Jobverlust, eine Suchterkrankung oder Schulden. Da sie aber pro Patientin oder Patient grösstenteils nur 15 bis 30 Minuten Zeit habe, könne man nur einen kurzen Blick darauf werfen – «mehr liegt nicht drin».

Ein wesentlicher Vorteil des Sozialarbeiters im Haus sei, dass der «Brückenschlag» schon gemacht sei. Die Patientinnen und Patienten wüssten, es wird sich jemand bei ihnen melden. Früher habe man den «(...) Patienten eine Adresse von einer Beratungsstelle gegeben und häufig ist der Kontakt nicht wahrgenommen worden», meint die Ärztin. Die Hemmschwelle, selbst die Initiative zu ergreifen und ein Telefon in die Finger zu nehmen, sei zu gross gewesen, «(...) und dann bleibt einfach ein Haufen Zeug liegen». Auch der Einbezug der Angehörigen sei keine befriedigende Lösung, da diese mit der Aufgabe ebenfalls überfordert seien und dann plötzlich selbst mit Kopf- oder Rückenschmerzen in der Praxis auftauchten.

Heute könne sie sich besser auf das Medizinische konzentrieren: «(...) ich muss mich dann nicht mit Fragen beschäftigen, bei welchen ich mich nicht gut auskenne und ich nicht gut unterstützen kann, sondern kann mich mehr auf das konzentrieren, wo ich auch meine Kenntnisse habe». Dies entlaste sie auch ressourcenmässig.

«Es ist fragwürdig, jemanden mit ständigen Kopfschmerzen ins Inselspital und von MRI zu MRI zu schicken, ohne den Rest einmal anzuschauen. Ich denke, die Soziale Arbeit in der Praxis kostet nicht mehr, sondern spart eher Kosten, vor allem spart sie Ressourcen, bei den Mediziner*innen auch zeitlich».

Dies zeige sich beispielsweise darin, dass sie manchmal Monate nichts von Patientinnen und Patienten höre, wenn sie beim Sozialarbeiter waren und die sozialen Probleme angehen konnten. Ihr Arztkollege Deppeler erzählt von einem verzweiferten Patienten, der «(...) während Wochen bei uns wegen Kopf- und Rückenschmerzen [war], bis wir realisiert haben, dass eigentlich die Schuldenlast am meisten gedrückt hat.»

Berücksichtigung des ganzen Menschen

Die interne Überweisung von der Ärztin oder vom Arzt zum Sozialarbeiter wird von den Patientinnen und Patienten sehr geschätzt. Eine Patientin erklärt, dass sie dadurch nicht immer wieder «alles erklären» müsse, sondern jemanden habe, der sich Zeit für sie nehme und sie besser verstehe. Wichtig für das Gelingen sei aber auch die Sympathie, die Arbeitsweise und die Grundhaltung der Sozialarbeitenden.

«Ich weiss einfach, er hilft mir, aber ich muss auch mithelfen. Es ist gegenseitig. (...) Ich schätze an ihm, dass er klar spricht – fadengereade ins Gesicht sozusagen. Auch habe ich schon Praxen mit Massenabfertigung erlebt. Bei Salutomed und hier [in der Sozialberatung und Psychotherapie, a.d.R.] dagegen wird auf mich eingegangen, auf meine Wünsche, meine Ziele und meine Person. Sie sind wirklich nahe am Menschen.»

Die Wirkung der sozialen Beratung ist auch körperlich spürbar. Deppeler betont, dass die Patientinnen und Patienten nicht unterschätzt werden dürften. Sie merken sehr gut, welches die sozialen, die medizinischen oder die psychischen Probleme seien und dass alles miteinander zusammenhänge. Ein Patient schildert dies so: Die Sozialberatung «(...) nimmt auch Druck weg. Dann kann man wieder etwas mehr das Leben geniessen und man weiss, wie man finanziell dasteht. Das wirkt sich dann positiv auf die Gesundheit aus (...). Vor allem an der Psyche merkt man es.»

Fazit

Für viele Menschen ist die Hausärztin oder der Hausarzt eine wichtige Vertrauensperson. In dieser Schlüsselrolle steckt viel Potential, um soziale Probleme in einem sehr frühen Stadium zu erkennen und zu delegieren. Lange Wege über verschiedene Institutionen und soziale wie auch gesundheitliche Eskalationen können potentiell verhindert werden. Entsprechend ist die Beratung «unglaublich beruhigend für Institutionen mit Ansprüchen oder Forderungen an die Patientinnen und Patienten», meint Gerber. «Sie merken, da ist jemand dran und die werden begleitet. Das nimmt Druck aus der Situation.»

Natürlich birgt das Modell auch Risiken. Ein Grossteil des Erfolgs hängt von den Fachpersonen und einer gemeinsamen Grundhaltung und Wertebasis ab. Damit das jeweilige Fachwissen seine Wirkung entfalten kann, braucht es einen fruchtbaren Boden, der die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe ermöglicht. Zudem kommt der Return-on-investment nicht sofort. Es müssen in einer ersten Phase die Prozesse und die Kommunikationsabläufe definiert, die Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und speziellen Kompetenzen erkannt und geklärt werden. Auch später, wenn die Zusammenarbeit etabliert ist, braucht es fortwährende Reflexion und Investitionen in die lernende Organisation. Diese zahlen sich aber aus und bringen eine Entlastung für alle: Für die Ärztinnen und Ärzte, die Patientinnen und Patienten sowie vermutlich auch für die Haushaltsbudgets. ■

Literatur:

- Butrym, Z. (1989). Health Care and Social Work – What Kind of Relationship? In R. Taylor & J. Ford, *Social Work and Health Care* (S. 21–32). London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Cerny, Th., Rosemann, Th., Tandjung, R. & Chmiel, C. (2016). Ursachen des Ärztemangels – ein Vergleich zwischen Frankreich und der Schweiz. *Praxis*, 105, 11, 619–636.
- Coullery, P., Oesch, Th. & Alder, M. (2018). Arm und krank – ein Leben lang? Eine koordinierte Gesamtpolitik für die Förderung gleicher Gesundheitschancen. *Social Impact*, 5, 2018. Abgerufen von https://www.bfh.ch/fileadmin/docs/forschung/bfh_zentren/Sosec/Social_Impact_5_2018_d.pdf
- Froidevaux, A. & Kilchenmann, Ch. (2016). Ein statistischer Rückblick auf 20 Jahre KVG. *Soziale Sicherheit, CHSS*, 3. Abgerufen von https://soziale-sicherheit-chss.ch/wp-content/uploads/2016/10/dCHSS_3_2016_Froidevaux_Kilchenmann.pdf
- Hünersdorf, B. & Huber, S. Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Gesundheits- und Sozialpolitik. *SozialAktuell*. Abgerufen von http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/sozial_aktuell_6910_6911.pdf
- Jobst D. & Joos S. (2014). Soziale Patientenangelegenheiten – eine Erhebung in Hausarztpraxen. *Z Allg Med*, 90, 12, 496–501.
- Kühne, K. (2017). Soziale Arbeit in der Schweiz. In Kreft & Mielenz «*Wörterbuch Sozialarbeit*» (8. Aufl., S. 854–861). Weinheim: Juventa Verlag.
- Loisl, D. & Puchner, R. (2008). *Diagnose Rheuma. Lebensqualität mit einer entzündlichen Gelenkerkrankung*. Wien: Springer.
- Lymbery, M. (1998). Social Work in General Practice: Dilemmas and Solutions. In *Journal of Interprofessional Care*. 12, 2.
- Rogers, Anne & Pilgrim, David. (2011). Medical Sociology and Its Relationship to Other Disciplines: The Case of Mental Health and the Ambivalent Relationship Between Sociology and Psychiatry. In Bernice A. Pescosolido: *Handbook of the sociology of health, illness, and healing. A blueprint for the 21st century* (S. 21–38). New York, NY: Springer Science+Business Media, LLC (Handbooks of sociology and social research)